**הסדרים כלכליים בין קופות החולים לבתי החולים הכלליים והשפעתם על המבוטחים**

**הגופים המבוקרים: משרד הבריאות; משרד האוצר; שירותי בריאות "כללית"; קופת חולים "לאומית"; קופת חולים "מאוחדת"; "מכבי" שירותי בריאות**

ליקויים 1-3,6,15-17 תוקנו. ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 125-138.

**ליקוי**

4. מחלוקת כספית בין הקופה לנותן שירותים שלה גורמת לעתים לצמצום היצע נותני השירות למבוטחים, ויש בכך פגיעה בהם.

**מעקב**

**משרד הבריאות**

4. המשרד פועל במספר מישורים לוודא כי מחלוקות כספיות בין הקופה לנותני השירותים לא תביא לצמצום היצע נותני השירות למבוטחים ולא לפגיעה בהם. להלן הפעולות בהן נוקט המשרד: בוררות בין ספקי שירות לבין הקופות. הסדרה של תעריפים ואי בהירויות בהגדרות שירותים על-ידי עדכון הגדרת שירותים בתעריפון ומחירים (באישור ועדת מחירים). חיוב קופות החולים לספק שירותים בסל השירותים על פי פסיקות פרטניות של נציבת קבילות החולים לנושא חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ביצוע רפורמות מחירים כוללות, כגון: הפחתת תעריפים אמבולטורים והעלאת תעריפי אשפוז או הכנסת תעריפי טיפול בטראומה, לשיפור איכות המחירים במערכת הבריאות.

**ליקוי**

5. מאוחדת עדיין לא הביאה את הסדרי הבחירה שלה לידיעת שר הבריאות, גם לאחר שמשרד מבקר המדינה פנה אליה בעניין במהלך הביקורת. ואילו המשרד, שהוא הרגולטור, לא דרש משתי הקופות שלא פעלו כחוק עד 2009 להביא את ההסדרים לידיעת שר הבריאות. בכך לא קוים הליך חשוב שהמחוקק דרש אותו.

**מעקב**

5. המשרד נמצא בתחילת התהליך לבחינת הסדרי הבחירה של כלל הקופות. מכתב עקרונות בנושא הופץ לקופות.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 127.

**ליקוי**

7. ניתוח שיטת ההתחשבנות בין הקופות לבתי החולים מעלה שהיא מורכבת מאוד ויש בה חסרונות מהותיים. כך לדעת המשרד, אחד החסרונות הוא הסכנה לשחיקה פיננסית בבתי החולים, שלא יתוגמלו על שירותים רבים שהם מספקים. הדבר גורם גם לבתי החולים לפעול לקיצור ימי האשפוז אל מתחת לנורמות המקובלות בעולם, ובכך לחסוך כסף, אולם התוצאה היא פגיעה באיכות הטיפול הרפואי שהם מעניקים למאושפזים. כל אלה מחייבים חשיבה חדשה ובחינת השיטה.

**מעקב**

7. הוועדה לקביעת הסדרי התחשבנות בין קופות החולים לבתי החולים סיימה את עבודתה. המודל נכלל בחוק ההסדרים ל-2011 ומצוי על שולחן הכנסת ביחד עם חוק התקציב.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 129.

**ליקוי**

8. כל הקופות שחתמו הסכמים עם בתי חולים שאינם ממשלתיים, כולל של הכללית, לא העבירו אותם למשרד. יוצא אפוא שהמשרד אינו מודע לקיומם של הסכמים שחתמו הקופות עם בתי חולים שאינם ממשלתיים. עובדה זו מקשה על המשרד לפקח על ההסכמים ולבדוק אם הם עולים בקנה אחד עם הוראות חוק ביטוח בריאות.

**מעקב**

8. קופות החולים סוברות כי תוכן הסכמים אלו הינו בגדר סוד מסחרי שחשיפתו תפגע בקופות וביכולתן להשיג הסכמים טובים. לפיכך, אין בכוונת הקופות למסור למשרד את תוכן הסכמים אלו. המשרד אינו סבור כי יהיה נכון לצאת נגד עמדת הקופות בעניין זה.

**ליקוי**

9. במסגרת המשא ומתן בין הקופות למרכזים הרפואיים ניכר בשנים האחרונות גידול ניכר בהיקפים ובשיעורים של ההנחות שנותנים המרכזים הרפואיים הממשלתיים, שמרביתם גירעוניים, לקופות החולים בגין שיטת ההתחשבנות; ההנחות הגיעו בשנת 2008 לכ-700 מיליון ש"ח. עקב הרעת מצבם הכספי של המרכזים הרפואיים, בין היתר בגין הסדרים אלה, גדל במקביל הסבסוד של המשרד לכיסוי גירעונותיהם, והגיע לכ-650 מיליון ש"ח. מצב זה משמר את תלות המרכזים הרפואיים במשרד ומקשה על עצמאותם הכלכלית ועל הפיכתם לתאגידים עצמאיים.

**מעקב**

9. הנחות בבתי חולים ממשלתיים - יחידת בתי חולים במשרד נערכת לקראת ההסכמים הקרובים עם קופות החולים, בהתאם להנחיית המנכ"ל וסמנכ"ל תכנון תקצוב ותמחור, שיעור ההנחות בהסכמים הקרובים יפחת לעומת ההסכמים הקודמים.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 129.

**ליקוי**

10. בתי החולים הם מערכות רפואיות-כלכליות גדולות ונעשות בהם אלפי פעולות שונות, כגון ניתוחים, בדיקות (בדיקות רופא, בדיקות מעבדה), אשפוזים, צילומים והדמיות. אחד האמצעים הניהוליים במערכת כלכלית כזו הוא מערכת תמחיר ממוחשבת, אשר מאפשרת לדעת בבירור את סוגי עלויות המוצרים והשירותים הרפואיים, לקשור בין העלויות ובין ההכנסות שמקבלים בתי החולים מהקופות ולקבל תמונת מצב ניהולית רפואית חשובה. עוד בשנת 1996 החליט המשרד להקים מערכת תמחיר ממוחשבת, אך ההחלטה לא מומשה, ומשרד מבקר המדינה העיר על כך בשנים 2000 ו-2004. בשנת 2006 המליצה ועדה לתמחור שירותי בתי חולים להקים מערכת תמחיר על בסיס מערכות קיימות. אולם המשרד לא הקים מערכת תמחיר ממוחשבת, ועדיין נותרו על כנן הבעיות שהועלו בעבר - מחיר שירותי הבריאות לא שיקף את עלותם, ואין כלים ניהוליים-רפואיים-כלכליים ראויים.

**מעקב**

10. בימים אלה המשרד נמצא בשלבי הגדרת האפיון למערכת המחשוב כאשר ההתלבטות העיקרית נוגעת למאפייני המידע הנדרשים, רמת החשיפה, אבטחת המידע ויכולת המערכת החדשה, ככל שתהיה, 'להתלבש' על מערכות התמחיר הקיימות. בנושא זה ניתן לעיין במסמך בנושא "מאפיינים לבחירת ספקית מערכת מידע תמחורית" .

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 131.

**ליקוי**

11. קביעת מחיר יום אשפוז, לרבות עדכון וקביעה של תעריפים חדשים, מבוססת על מחיר היסטורי, וכל זאת בלי שמשרדי הבריאות והאוצר בדקו מחדש את מרכיביו של יום האשפוז ואת השינויים שחלו במהלך השנים במוצר הנקרא "יום אשפוז". משרדי הבריאות והאוצר קבעו מחירי יום אשפוז מיוחדים לשתי מחלקות בלבד, אף על פי שעלות האשפוז במחלקות רבות נוספות שונה ממחיר יום האשפוז הרגיל. יודגש כי התגמול על ימי אשפוז מהווה בממוצע 43% מהכנסות בתי החולים.

**מעקב**

11. מתוך התפישה הגורסת כי יש לעבור ממערכת התחשבנות per-diem (לפי ימי אשפוז) למערכת התחשבנות דיפרנציאלית/DRG, מושם הדגש על בחינת העלויות הפרטניות פר פרוצדורה ולא פר יום אשפוז, ובכלל זה התקורה המועמסת לא רק על הוצאות השכר אלא על כלל עלויות השירותים.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 131.

**ליקוי**

12. בית החולים מתוגמל במחיר קבוע תמורת פעולה רפואית שבוצעה. בפעולות הנבחרות ישנה בטיפול הרפואי ובעלותו שונות רבה בין אירוע לאירוע. השונות נובעת מגיל החולה, מחלות רקע ועוד. שונות זאת חייבה בנייה מורכבת יותר של תעריפים, אולם הביקורת העלתה כי המחיר לפעולה נבחרת מבוסס על עלות ממוצעת למקרה, ללא התחשבות במרכיבים האמורים המשפיעים על העלויות, וללא התחשבות באיכות ביצוע הפעולה. במצב זה יש לעתים תמריץ כלכלי לשחרר חולה מוקדם ככל האפשר, גם אם מצבו הרפואי יכול להשתפר בהמשך אשפוזו. הוספת מרכיבים אלה לאופן חישוב המחיר עשויה לשפר את מערך התמריצים הפועל על בתי החולים. יחד עם זאת יש לקחת בחשבון את תוספת המורכבות למערך המחירים, דבר שעלול להגדיל את עלויות הבקרה של הקופות על חשבונות בתי החולים.

**מעקב**

12. נכון ליולי 2010, בעיקר בהיעדר מידע מלא שיאפשר דיפרנציאציה בין תמהילים שונים של מאושפזים, העלות לפרוצדורה הינה ממוצעת. עם זאת, בימים אלה, לאחר התייעצות עם בתי החולים וקופות החולים, יחל פיילוט לבחינת 2 תחומים (כנראה עור ונוירולוגיה), תחומים מדיקליים שאינם כירורגיים במהותם, על מנת לבחון את אופן פיצול ההתחשבנות לפי חומרה. אשר לאיכות הפעולה, אין מדינות המשתמשות ב-P4P (P4P = pay for performance. זהו מנגנון לתגמול על פי איכות ביצועים. בהקשר רלוונטי מדובר (באופן תיאורטי), על כך שקופות החולים ישלמו לבתי החולים עבור פרוצדורות רפואיות שיבצעו בתי החולים, בהתאם לאיכות הטיפול שקיבלו החולים. איכות זו עשויה להימדד (בתיאוריה), על פי מספר מדדים שיוגדרו כגון: משך ימי אשפוז; תחלואה עתידית של המטופל; מספר הסיבוכים לאחר ניתוח; הצורך בניתוחים נוספים ועוד) במסגרת המחירים, ולמצער משתמשים בתשלום על-פי איכות במסגרות מימון חיצוניות, על מנת להימנע מתופעות של cream-skimming והימנעות מטיפול במקרים קשים.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 133.

**ליקוי**

13. לשם השוואה, במדינות מפותחות ישנם מחירים דיפרנציאליים לאלפי פעולות. גם בארץ סבורים רבים במערכת הבריאות שהשיטה הראויה לתגמול בתי החולים היא לפי מחיר הפעולות (הדיפרנציאליות). אולם מבחינת מספר הפעולות עולה שבעת סיום הביקורת הקודמת, ספטמבר 2003, היה מספרן של הפעולות הנבחרות 46 בלבד, בינואר 2008 - 127 ובאוגוסט 2009 - 145. אף שחל גידול במספרן, בראייה כוללת היקפן עדיין זניח.

**מעקב**

13. המשרד טרם סיים את תהליך התמחור, אולם לאחר שנים בהם תומחרו שירותים פרטניים בלבד, עבר המשרד לתמחור מערכים שלמים, שינוי שיקצר משמעותית את משך התמחור המלא. לדוגמא, בחצי השנה האחרונה תומחר מערך הטראומה ואשפוז היום האונקולוגי, וכאמור תחומי העור והנוירולוגיה הם הבאים בתור.

על אף האמור לעיל, מושם דגש לא על תהליך מהיר ומיידי של תמחור כל המערכת, אלא על מערכים שונים שלאחריהם תהיה הפקת לקחים על מנת להתקדם למערכים הבאים.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 133.

**ליקוי**

14. המחירון של המשרד לשירותים אמבולטוריים כולל כ-1,400 שירותים, אלא שתעריפיהם נקבעו לפני שנים רבות, ומאז הם עודכנו בדרך כלל רק לפי השינויים במחיר יום אשפוז. עקב השמירה על מחירים היסטוריים נוצר פער ניכר של עשרות אחוזים בין מחיריהם של השירותים האמבולטוריים במחירון המשרד ובין עלויותיהם האמיתיות. התוצאה - הקופות הפנו את החולים במחלות קשות לבתי החולים, ובחולים שמחלותיהם קלות יותר הן טיפלו מחוץ לבתי החולים, במרכזים רפואיים שהן הקימו. מבחינת משק המדינה, יצר מצב זה כפל תשתיות ובזבוז משאבים לאומיים, שכן ריבוי מרכזים רפואיים עשוי לעודד שימוש יתר בשירותים רפואיים, עלול לגרום לניצול לא מלא של פוטנציאל התשתיות הקיימות וליצור עודף כושר ייצור.

**מעקב**

14. המשרד סיים כבר את פעילותו להפחתת מחירים של פעולות אמבולטוריות המתומחרות יותר מהמחיר המבטא את עלותן.

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 134.

**ליקוי**

18. מחירי השירותים הרפואיים כיום אינם ריאליים ואינם משקפים את העלויות, והדבר פוגע בבריאות הציבור, גורם לכפל תשתיות ולבזבוז משאבים לאומיים. יש לבנות כלי תמחור ראויים למערכת הבריאות, ובאמצעותם לקבוע מחירים נכונים, הן לפעולות הדיפרנציאליות והן לפעולות האמבולטוריות. אחד הכלים הניהוליים במערכת כלכלית כה גדולה הוא מערכת תמחיר ממוחשבת שראוי להטמיעה.

**מעקב**

18. בימים אלה המשרד נמצא בשלבי הגדרת האפיון למערכת המחשוב כאשר ההתלבטות העיקרית נוגעת למאפייני המידע הנדרשים, רמת החשיפה ואבטחת המידע ויכולת המערכת החדשה, ככל שתהיה, 'להתלבש' על מערכות התמחיר הקיימות. בנושא זה ניתן לראות את המסמך בנושא "מאפיינים לבחירת ספקית מערכת מידע תמחורית".

ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 137.

**ליקוי**

19. ראוי שהמשרד ומשרד האוצר יבחנו את כל מערכת היחסים בין קופות החולים כמבטחות ובין בתי החולים כנותני שירותים, כולל אמצעים שיבטיחו הגברת היעילות ומניעת מצבי ניגוד עניינים. יש לשקול עיצוב של כללי משחק חדשים. מתחייבת על כן עבודת מטה שתתחשב בהמלצות הוועדות שפעלו בעבר בנדון, ותבחן את החלופות, ולאחר מכן נדרשת פעולה נחרצת של המשרד ושל משרד האוצר ליישם את מסקנות עבודת המטה והמלצותיה.

**מעקב**

19. ראה מעקב לליקוי מספר 10. ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 138.

**ליקוי**

20. במאוחדת ובלאומית אונקולוגיה כפופה להסדרי הבחירה שלהן, משמע אין חופש בחירה. יוצא שרק הכללית ומכבי מאפשרות חופש בחירה מלא בתחום האונקולוגיה.

**מעקב**

20. ראה הערות רה"מ 60ב' עמ' 138.